UNIVERSITÉ PARIS VI

Faculté de Médecine BROUSSAIS Hôtel Dieu

Année 1975

N° 185

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par Christine JOUGLEN née BENQUET

née le 27 Février 1948 à BORDEAUX-CAUDÉRAN

ESSAI DE PRÉVENTION DU SYNDROME DIT " SUBJECTIF " DES TRAUMATISÉS DU CRANE

Président de Thèse : Monsieur J. PROTEAU, Professeur.

UNIVERSITE PARIS VI

Faculté de Médecine BROUSSAIS Hôtel Dieu

Année 1975 n°

T H E S E

pour le DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par Christine JOUGLEN née BENQUET

Née le 27 Février 1948 à BORDEAUX-CAUDERAN

ESSAI DE PREVENTION DU SYNDROME DIT "SUBJECTIF" DES TRAUMATISES DU CRANE

Président de thèse : Monsieur J. PROTEAU, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon mari.

A mon père et à ma mère.

A mon frère et à ma soeur.

A mes amis.

Aux médecins-chirurgiens de l'Hôpital
de MONT-DE-MARSAN

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression

de notre gratitude et de notre reconnaissance.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur PROTEAU

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé avec une considérable bienveillance,

qu'il veuille trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ET HISTORIQUE page 1

PREMIERE PARTIE - ASPECTS CLINIQUES ET MEDICO-LEGAUX page 3

- Rappel clinique du syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne
- Limites du syndrome subjectif
- L'étiopathogénie
- Le traitement
- L'aspect médico-légal du problème

DEUXIEME PARTIE - ANALYSE COMPAREE DE L'EVOLUTION DU SYNDROME DIT "SUBJECTIF" page 17

- Dans les circonstances actuelles
- Résultats du Centre de CENAC

TROISIEME PARTIE - DISCUSSION page 37

- Objet et limites de la discussion
- Eléments de comparaison
- Valeur de la thérapeutique pratiquée à CENAC

CONCLUSION page 43

BIBLIOGRAPHIE page 45

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

C'est Pierre MARIE qui, en 1916, décrivit pour la première fois le syndrome subjectif des traumatisés du crâne à propos des blessés crâniens de la guerre.

Le terme de subjectif pouvant donner lieu à une interprétation péjorative et faire suspecter l'authenticité des troubles dont se plaint le malade, nous préférons à l'heure actuelle parler de syndrome post-commotionnel ou tout au moins de syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne.

Celui-ci peut être défini comme un ensemble de troubles fonctionnels, identiques d'un malade à l'autre, à l'intensité près, apparaissant dans les suites précoces - semi-tardives ou tardives du traumatisme (souvent à la reprise du travail).

Classiquement, on en exclut les états démentiels, déficitaires, comitiaux secondaires au traumatisme.

Le syndrome subjectif se caractérise par sa richesse symptomatique et la pauvreté des signes d'examen qu'il s'agisse de l'examen clinique ou des examens complémentaires.

L'évolution de ce syndrome est habituellement régressive et les troubles disparaissent ou s'atténuent en 1 à 2 ans, mais il n'est pas rare de les voir s'aggraver ou persister pendant des périodes beaucoup plus longues.

L'interprétation étiopathogénique est discutée :

la simulation étant exclue, le problème consiste à savoir s'il existe à l'origine des manifestations subjectives des lésions traumatiques ou bien si l'origine est purement psychogène ? Les avis à ce sujet sont toujours partagés.

En fait, il semble actuellement difficile de dissocier ces deux conceptions.

.../...

La conduite thérapeutique découle de l'interprétation de ce syndrome subjectif, l'aspect subjectif des troubles pouvant être à l'origine de difficultés thérapeutiques amenant à de multiples changements de médications.

L'aspect médico-légal est également lié à l'interprétation éthiopathogénique que l'on a du syndrome post-commotionnel et le taux d'incapacité permanente partielle attribué au patient, peut être évalué différemment, selon le rôle accordé d'une part à la personnalité sous-jacente, d'autre part, au traumatisme dans la survenue des troubles.

Du fait de sa fréquence qui croit de façon parallèle au nombre des accidents du travail et de la circulation (selon certaines statistiques 50 % des traumatismes crâniens seraient suivis d'un syndrome subjectif), celui-ci est en passe d'être un véritable problème économique et social.

Aussi, devant les conséquences souvent lourdes de ce syndrome, il nous a paru intéressant de rechercher dans quelle mesure il pouvait être prévenu ou réduit dans son expression.

Tel sera l'objet de ce travail dans lequel nous rappellerons tout d'abord les aspects cliniques et médico-légaux. Nous rapporterons ensuite l'analyse comparée de son évolution dans les circonstances actuelles (d'après une série de dossiers d'expertises) par rapport aux résultats obtenus dans un Centre de réadaptation des traumatisés du crâne.

PREMIERE PARTIE

ASPECTS CLINIQUES ET MEDICO-LEGAUX

RAPPEL CLINIQUE DU SYNDROME DIT "SUBJECTIF" DES TRAUMATISES DU CRANE

LA CLINIQUE

Circonstances d'apparition : le traumatisme crânien

Dans la majorité des cas, le malade indique spontanément le traumatisme comme étant le point de départ de ses troubles. Il peut s'agir d'un traumatisme grave avec fracture, coma prolongé et complications immédiates, d'un traumatisme léger avec ou sans perte de connaissance initiale ou plus simplement d'un traumatisme émotionnel.

Il est important de remarquer que l'intensité du traumatisme initial est sans rapport avec la gravité des troubles observés : c'est ainsi qu'un traumatisme léger peut être suivi d'un syndrome subjectif intense et inversement.

Il semble toutefois que ce syndrome paraisse particulièrement fréquent après un traumatisme crânien ayant entraîné une perte de connaissance brève, ou parfois un état d'obnubilation de quelques minutes à quelques heures, et que les troubles qui le constituent se manifestent après un temps de latence variable, de l'ordre de quelques jours à quelques semaines, parfois au cours de l'hospitalisation ou à la reprise du travail.

La symptomatologie fonctionnelle

Les troubles fonctionnels que l'on découvre à l'interrogatoire du malade, sur la sincérité duquel on doit se faire une opinion, sont d'intensité variable d'un malade à l'autre, mais acquièrent une valeur certaine du fait de leur groupement.

1 - Les céphalées

dominent le tableau et sont présentes dans 90 % des cas. Elles sont variables dans leur siège, leur intensité, leur type.

Parfois frontales ou postérieures, elles sont souvent retrouvées au point où a porté le traumatisme donnant la sensation de "tête lourde", de "tête vide" ou de "souffrance térébrante ou lancinante."

.../...

Intermittentes ou continues avec des paroxysmes, elles sont accentuées par les changements de position de la tête, par le bruit, la lumière, les efforts physiques ou intellectuels.

2 - Les troubles de l'équilibre

sont aussi très fréquents : 70 % des cas.

Le malade se plaint "d'étourdissements"spontanés ou provoqués par un changement brusque de position.

- dans la sphère de l'équilibration proprement dite, on peut être en présence de vertiges vrais de caractère rotatoire, mais le plus souvent il s'agit de sensations vertigineuses avec impression d'instabilité, "peur de tomber", qui se manifeste habituellement à l'extérieur dans la rue.

Ils s'accompagnent d'une sensation d'angoisse, d'insécurité pouvant donner lieu secondairement à un syndrome agoraphobique.

- dans la sphère visuelle, ces vertiges s'accompagnent d'"éblouissements", de "voiles devant les yeux", de difficultés à la lecture.

- en ce qui concerne la sphère vestibulaire, les signes spontanés font souvent défaut.

3 - Les troubles sensoriels

Les troubles du goût, de l'odorat, sont rares. On rencontre plus souvent :

- une fatigabilité visuelle qui se manifeste à la lecture, au cinéma, à la télévision,

- et des troubles auditifs sous forme d'acouphènes unis ou bilatéraux.

Parfois hypoacousie également unie ou bilatérale.

L'intolérance au bruit est un excellent signe fréquemment rencontré.

.../...

4 - Les troubles du sommeil

sont parfois majeurs : insomnie vraie ou sommeil agité, entrecoupé de rêves et de cauchemars.

Cette insomnie nocturne contraste parfois avec une somnolence diurne.

5 - L'asthénie

se manifeste sur le plan psychique, physique et sexuel et peut dans les formes graves annuler toute activité.

6 - Les troubles intellectuels

Le malade se sent incapable de concentrer son attention, il présente des troubles de la mémoire avec amnésie d'évocation se trouvant dans l'impossibilité d'effectuer tout travail intellectuel.

7 - Les modifications caractérielles

sont essentiellement une irritabilité, une agressivité. Le malade a des "sautes d'humeur". Cette impulsivité dont il est conscient frappe surtout la famille.

Parfois se développe un état dépressif.

C'est le groupement des différents troubles qui fait toute la valeur de cette symptomatologie fonctionnelle.

Elle varie d'un sujet à l'autre, pouvant aller de la simple gêne à l'incapacité à reprendre une vie normale tant sur le plan professionnel, social que familial.

Ce syndrome dit "subjectif" si riche en éléments fonctionnels ne devrait théoriquement pas comporter de troubles cliniques objectifs. Cependant, un examen neurologique complet s'impose et retrouvera parfois quelques éléments positifs.

On recherchera donc :

- une diminution de la force musculaire
- des modifications de la sensibilité superficielle et profonde
- une atteinte de l'appareil cérébelleux et des paires crâniennes.

/

De petits signes de dystonie neuro-végétative devront retenir l'attention :

- troubles vaso-moteurs des extrêmités
- variation du pouls et de la tension artérielle
- instabilité thermique

Des signes mineurs sont ainsi mis en évidence parmi lesquels on note la relative fréquence de quelques oscillations à l'épreuve de Romberg.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen radiologique

nécessaire au bilan de tout traumatisme crânien.

Il comporte une radiographie du crâne : clichés de face et de profil, complétés :

- par un cliché de la base du crâne en position de Hirtz
- par un bilan radiotomographique des rochers et par une radiographie de la colonne cervicale.

L'examen électroencéphalographique

C'est un des examens sur lequel on a le plus compté "pour objectiver le syndrome subjectif". En fait, dans de nombreux cas, le tracé est normal.

Par ailleurs, bien que non caractéristiques, certaines anomalies sont retrouvées avec une certaine fréquence.

- rythme de base de faible amplitude dit plat ou mieux microvolté, parfois asymétrique pauvre en activité alpha avec des rythmes rapides diffus.

La stimulation lumineuse intermittente ou l'hyperpnée peuvent souvent faire réapparaître dans ces cas un rythme alpha normalement ample.

Ce rythme microvolté n'est pas spécifique du syndrome car on le rencontre aussi chez les anxieux, les éthyliques chroniques et même chez les sujets normaux.

/...

- parfois présence d'anomalies lentes de type delta, diffuses ou localisées,

- ou bien, l'on note une richesse anormale en irrégularités tétha, parfois pointues, souvent favorisées par l'hyperpnée.

L'électroencéphalographie est un examen intéressant et bien qu'il n'existe pas de tracé pathognonomique du syndrome dit "subjectif", il présente un triple intérêt.

Il permet :

- de donner une note plus ou moins objective, par l'existence d'anomalies électriques, à des troubles qui n'ont pas de support.

- de suivre l'évolution électrique.

- de déceler certaines complications post-traumatiques (comitialité ou anomalies localisées).

L'examen ophtalmologique
habituellement négatif.

Les altérations les plus caractéristiques sont celles du champ visuel et consistent en un rétrécissement concentrique ou en un élargissement des angioscotomes.

Les paralysies oculaires ont pu être objectivées grâce à une technique d'enregistrement et de déplacement du centre de gravité du corps, alors que des troubles visuels mineurs peuvent ne pas être décelés par les examens habituels.

L'examen oto-rhino-laryngologique
peut être précieux :

- au point de vue auditif : l'examen audiométrique montre une hyperexcitabilité, plus rarement une hypoexcitabilité, bilatérales dans la majorité des cas.

- au point de vue vestibulaire : l'électronystagmographie
  . apporte des renseignements sur le caractère du nystagmus spontané (forme - amplitude - caractère central)
  . met en évidence certaines anomalies.

On retiendra comme assez significative "L'exagération d'amplitude des secousses normalement observées et l'aspect irrégulier de leur rythme".

.../...

Les tests psychologiques peuvent être utiles.

Différents types de test sont utilisés :

- les tests de niveau mental : par exemple celui de Wechsler-Bellevue.

- les tests projectifs : le test de Rorschach montre que ce sont les sujets "à la personnalité faible, mal équilibré avec de fréquents sentiments d'infériorité" qui développent plus fréquemment un syndrome subjectif.

- le test de frustration de Rosenzweig permet d'apprécier la tolérance à la frustration et le mode de réaction de ces malades.

Les examens biologiques

sont encore au stade expérimental.

- étude des perturbations endocriniennes : on note, sans être constante, une baisse des 17 cétostéroïdes avec maintien à la valeur normale de la fraction glucocorticoïde.

- étude des altérations de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique et du ralentissement de la circulation cérébrale.

Les signes donnés par les examens complémentaires sont souvent inconstants et minimes - et l'on se trouve en présence d'une symptomatologie fonctionnelle pratiquement isolée. Il faudra faire une large place à l'élément psychologique.

L'EVOLUTION

Schématiquement, elle peut prendre deux aspects :

- amélioration (de loin l'éventualité la plus fréquente)

Les différents troubles disparaissent habituellement en un à deux ans sans laisser de séquelles importantes.

Les vertiges disparaissent en premier, suivis des troubles psychiques et des céphalées. On assiste de même à une normalisation progressive des tracés électroencéphalographiques, des perturbations ophtalmologiques et des anomalies vestibulaires.

.../...

- aggravation, caractérisée par l'apparition d'une :
  - . atrophie cérébrale localisée ou diffuse, mise en évidence par l'encéphalographie gazeuse fractionnée
  - . comitialité post-traumatique.

En fait, l'évolution varie d'un malade à l'autre et dépend non seulement de la précocité du traitement mais aussi de l'attitude de l'entourage, du médecin, de la personnalité du sujet, de son insertion antérieure professionnelle et sociale.

LIMITES DU SYNDROME SUBJECTIF

On rapproche du syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne :

- Le syndrome subjectif cervical consécutif à un traumatisme cervical par flexion-extension du cou. Les troubles sont d'apparition tardive et vont s'intensifier progressivement. La symptomatologie est peu différente du syndrome subjectif des traumatisés du crâne ; à noter toutefois l'existence d'algies cervicales avec limitation des mouvements de la nuque. La radiographie du rachis peut montrer des images d'arthrose isolée ou une disparition de la lordose.

- le syndrome de Barré-Liéou par atteinte du sympathique cervical postérieur dont la symptomatologie se rapproche également du syndrome subjectif avec en plus des réactions vaso-motrices de la face et des troubles sensoriels.

On individualise plus nettement un certain nombre d'affections.

- Les névroses post-traumatiques : parmi lesquelles les névroses obsessionnelles, phobiques, les états dépressifs et hystériques, non spécifiques des traumatismes crâniens.

- les sinistroses : le sujet adopte une attitude revendicative réclamant une réparation maximale pour le préjudice qu'il a subi.

- la simulation : l'invention d'une symptomatologie fonctionnelle est assez rare, plus fréquemment le malade a tendance à majorer ses troubles.

Il faudra :

- éliminer la possibilité d'une lésion organique sous-jacente,
- se méfier de la possibilité :
  - d'un syndrome d'hypotension ou d'hypertension intra-crânienne,
  - de lésions traumatiques de la colonne cervicale.

.../...

- d'une comitialité latente

- d'une atrophie post-traumatique

- d'un hématome sous-dural chronique qui peut ajouter ses propres signes au syndrome subjectif déjà existant.

ETIOPATHOGENIE

Les conditions étiologiques

- Houdart écrivait : "Les facteurs qui conditionnent l'impor-"tance du syndrome fonctionnel nous sont apparus être le quotient in-"tellectuel, la profession du sujet, sa personnalité, son adaptation."

Le syndrome subjectif est, en effet, d'autant plus marqué que le quotient intellectuel est faible, que le sujet est moin bien adapté à son milieu professionnel, social et familial et se retrouve plus fréquemment chez les manoeuvres que chez les ouvriers spécialisés ou les cadres.

- Il apparaît plus souvent après un accident de travail qu'un accident de droit commun.

- L'importance des troubles observés est indépendante de la gravité du traumatisme initial

La pathogénie

L'interprétation du syndrome subjectif est discutée. Deux conceptions s'opposent :

- la conception organiciste :

Pour certains, ce syndrome serait dû à l'existence de micro-hémorragies disséminées dans le cerveau, consécutives au traumatisme.

Cette théorie s'appuie sur les signes objectifs fournis par les examens complémentaires (ophtalmologique, ORL, EEG).

- la conception psychogène :

L'apparition et l'évolution des troubles seraient conditionnées uniquement par les facteurs psycho-sociaux.

En fait, il semble difficile de dissocier ces deux conceptions et l'on peut dire que le syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne comporte des éléments organiques qui constituent le point de départ du développement des troubles, lesquels vont être conditionnés par des facteurs anorganiques faisant intervenir la personnalité du sujet.

.../...

TRAITEMENT DU SYNDROME SUBJECTIF

Il est fonction de la conception que l'on a de ce syndrome.

Il comprend :

- un traitement médicamenteux, dans l'hypothèse d'un élément organique
- un traitement psychothérapique qui permettra de solutionner les problèmes psycho-sociaux.

1 - Le traitement médicamenteux essentiellement symptomatique:

. contre les céphalées, l'on utilisera : l'aspirine, l'hydergine ou la dihydro-ergotamine.

. contre les vertiges :
- Sulpiride
- Nautamine
- Torecan associé ou non à un vasodilateur

2 - Le traitement psychothérapique

Le médecin traitant a un rôle important à jouer dans la relation qu'il établit avec son malade. Il adoptera une attitude à la fois ferme, compréhensive et rassurante. Il utilisera des anxiolytiques, des tranquilisants, pour diminuer l'angoisse de son patient, il aura recours aux anti-dépresseurs devant un état dépressif marqué.

Il est nécessaire de cerner la personnalité du sujet et de prévoir en fonction de son quotient intellectuel, de son adaptation sociale, professionnelle ou familiale s'il risque de développer un syndrome fonctionnel marqué. Dans certains cas, la reprise d'un travail à mi-temps favoriserait l'amélioration du syndrome.

Parfois la gravité des troubles nécessitera un changement d'emploi qui risque de n'être qu'un déclassement professionnel.

Suivant la conception organiciste ou psychogène que l'on adopte, il est certain que les facteurs sociaux d'environnement ont une importance capitale dans la réadaptation d'un syndrome post-commotionnel.

.../...

C'est dans cette optique que nous développerons plus loin les considérations qui militent en faveur d'une action sur ces facteurs d'environnement, et que nous proposerons une technique de réadaptation d'ailleurs déjà expérimentée par le Centre de CENAC, destinée à prévenir ce syndrome post-commotionnel, ou en tout cas à en limiter particulièrement les effets.

L'ASPECT MEDICO-LEGAL

Il se rattache également à la conception etiopathogénique du syndrome, de ce fait pour un même malade, la fixation du taux d'incapacité permanente partielle peut être évalué différemment suivant l'importance attribuée au traumatisme dans la survenue des troubles ou à la personnalité sous-jacente du sujet.

Le médecin expert devra donc s'attacher davantage à déterminer la réalité et l'intensité des troubles, qu'à connaître leur origine organique ou fonctionnelle et veiller à ne pas frustrer le blessé.

La date de l'examen ne devra être ni trop précoce, ni trop tardive pour ne pas surestimer le taux d'incapacité ou au contraire par un taux trop faible léser le sujet. Le taux d'incapacité permanente partielle varie suivant le Barème indicatif de 5 à 50 % ; en réalité, ce qui revient au syndrome subjectif pur est plus couramment évalué entre 5 et 10 %, ces chiffres étant ensuite éventuellement majorés en fonction des examens complémentaires.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE COMPAREE DE L'EVOLUTION DU SYNDROME SUBJECTIF

I - DANS LES CIRCONSTANCES ACTUELLES

ETUDES DE DOSSIERS D'EXPERTISES CONCERNANT LES TRAUMATISES CRANIENS

Cette étude va nous permettre de déterminer quel est le pourcentage de sujets développant un syndrome subjectif à la suite d'un traumatisme crânien en fonction :

- du traumatisme initial
- des caractéristiques socio-professionnelles des blessés.

Nous essaierons ensuite de chiffrer les conséquences de ce syndrome :

- sur le plan médico-légal
- sur la vie professionnelle du sujet

MATERIELS ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

Cette étude a porté sur 567 dossiers d'expertises et concerne des traumatismes crâniens isolés ou associés à des polytraumatismes.

Les expertises furent faites sur une période de 3 ans et sont relatives pour la plupart à des accidents de la voie publique.

Les cas où les comptes-rendus des faits étaient sujets à caution, ou qui concernaient des blessés de moins de 18 ans, ont été éliminés. Nous rappelons que le syndrome subjectif cervical, le syndrome de Barré Liéou, les névroses, sinistroses et les simulations n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

D'autre part, dans les chiffres qui suivront, nous avons différencié le syndrome subjectif à la symptomatologie complète ou incomplète, mais comportant alors des éléments caractéristiques ne pouvant mettre en doute le diagnostic du syndrome subjectif rapidement régressif ou Paucysymptomatique.

.../...

I - [illegible]

ETUDES DE DOSSIERS D'EXPERTISE

LES [illegible]

Cette étude va nous permettre de [illegible]

exemple de sujets développant un [illegible]

[illegible] de formation

- du traumatisme moral

des caractéristiques socio-
biques.

Nous consacrons ensuite de brèves [illegible]

- sur le plan médico-légal
- sur la vie professionnelle

II - LES LIMITES DE NOTRE ETUDE

Cette étude a porté sur 564 dossiers [illegible]
des expertises urbaines isolées ou en [illegible]

Les expertises furent faites sur une [illegible]
relatif pour le dispositif à des accidents de [illegible]

Les cas où les comptes-rendus de [illegible]
tion ou aux conséquences des séquelles de [illegible]
exemple. Nous pensons que la qualité [illegible]
[illegible] de Bordeaux [illegible] les [illegible]
[illegible] que dans la région [illegible]

D'autre part, dans les profils de cas [illegible]
rencié le syndrome subjectif à la symptomatologie organique ou [illegible]
plète, mais comportant alors des éléments nouveaux ne figurant
mettre en doute la disponibilité du médecin [illegible] représen-
sif ou [illegible]

RESULTATS

Sur les 567 dossiers analyses, 213 syndromes subjectifs répondant aux conditions précédemment citées ont été retenus, ce qui correspond à un pourcentage de 39 % des traumatisés crâniens.

A) Pourcentage de syndrome subjectif en fonction du traumatisme

a) de la nature du traumatisme

- 20 % des blessés présentent un traumatisme crânien isolé
- 80 % associent au traumatisme crânien des lésions de gravité variable. Parmi ceux-ci :

  - 35 % présentent un traumatisme léger, les lésions associées sont bénignes, sous forme de plaies ou de contusions sans gravité.
  - 25 % présentent un traumatisme modéré avec une lésion orthopédique simple ou de bon pronostic.
  - 20 % ont un traumatisme grave nécessitant un traitement au long cours et susceptible d'entraîner des séquelles physiques.

La fréquence du syndrome post-commotionnel en fonction de la gravité du traumatisme initial est donc de :

- 42 % dans le cas de traumatismes crâniens isolés
- 37 % dans le cas de traumatismes légers
- 35 % dans le cas de traumatismes modérés
- 32 % dans le cas de traumatismes graves

b) des lésions cranio-encéphaliques

5,4 % des traumatisés crâniens présentent des lésions cranio-encéphaliques.

Parmi ceux-ci, 34 % développent un syndrome subjectif.

.../...

c) de l'existence d'une perte de connaissance et de sa durée

Parmi les dossiers étudiés :

- 37 % des traumatisés présentent une perte de connaissance :
  . de moins de 10 mn dans 19 % des cas
  . de 10 mn à 24 h dans 13 % des cas
  . et supérieure à 24 h dans 5 % des cas

- 15 % ont une simple obnubilation de durée variable.

	Parmi le groupe ayant présenté une :			
	Obnubilation	PCI : 10 mn	10 PCI 24h	PCI 24 h
Syndrome subjectif post-traumatique (en %)	33 %	50 %	52 %	26 %
Pathologie post-commotionnelle pau-cysymptomatique ou rapidement régres-sive ..... (en %)	20 %	19 %	24 %	34 %
Aucun trouble sub-jectif ..... (en %)	47 %	31 %	24 %	40 %

B) Pourcentage du syndrome subjectif en fonction des caractéristiques socio-professionnelles des blessés parmi lesquelles nous avons retenu :

- l'âge
- le sexe
- l'ethnie
- la profession

a) l'âge

Il a une grande influence sur la fréquence du syndrome subjectif, comme le montrent les résultats suivants :

.../...

Fréquence de survenue suivant la tranche d'âge des malades ayant eu un traumatisme crânien :

- chez les moins de 30 ans : 27 % de syndrome subjectif
- entre 30 et 39 ans : 34 % " "
- entre 40 et 49 ans : 39 % " "
- entre 50 et 59 ans : 46 % " "
- entre 60 et 69 ans : 48 % " "
- chez les plus de 70 ans : 54 % " "

b) le sexe

Il ressort de l'étude des dossiers que le syndrome post-commotionnel est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Parmi l'ensemble des dossiers examinés :

- 43 % des femmes (
- 32 % des hommes) font un syndrome subjectif

c) L'ethnie

Sur les 567 dossiers seulement :

- 10 concernaient des Nord-Africains, parmi lesquels 9 d'entr'eux présentèrent un syndrome subjectif, et
- 16 concernaient des Espagnols ou des Portugais, chez lesquels on a retenu 12 syndromes subjectifs typiques.

d) La profession

Nous avons distingué :

- les professions manuelles
- les employés de bureaux y compris les commerçants et les voyageurs de commerce
- les professions intellectuelles comprenant les professions libérales, les enseignants, les étudiants
- la population non active : retraités et femmes sans profession.

La fréquence de survenue du syndrome subjectif post commotionnel suivant la catégorie étudiée est :

- chez les sujets exerçant une profession manuelle : 51 %
- chez les employés de bureaux ..... : 40 %
- dans les professions intellectuelles ..... : 13 %
- dans la population non active ..... : 51 %

Il ressort de cette étude statistique que le syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne :

- est plus fréquent après un traumatisme crânien isolé, ayant entraîné une perte de connaissance initiale.
- son importance n'est pas parallèle à la gravité du traumatisme initial.
- d'après les données socio-professionnelles, il toucherait davantage les personnes âgées, de sexe féminin, et les professions ne nécessitant pas d'exercice intellectuel important.
- les étrangers seraient relativement plus souvent touchés.

°

° °

Il nous a paru intéressant de voir, d'après l'étude des dossiers d'expertises, quelles étaient les conséquences médico-légales et professionnelles du syndrome post-commotionnel.

A) CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES

Nous allons envisager successivement quels furent :

- la durée d'incapacité temporaire (ITT)
- et le taux d'incapacité permanente partielle (IPP)

accordés aux malades atteints de syndrome subjectif.

.../...

Nous rapporterons ces résultats à ceux obtenus lorsqu'on considère l'ensemble des traumatisés crâniens.

a) durée de l'ITT

1) portant sur l'ensemble des sujets ayant développé un syndrome post-commotionnel

Durée	de 0 j à 1 mois	de 1 à 3 mois	de 3 à 6 mois	de plus de 6 mois
Traumatisme crânien isolé	48 %	30 %	14 %	8 %
Polytraumatisé léger	35 %	43 %	14 %	8 %
Polytraumatisé modéré	15 %	41 %	25 %	19 %
Polytraumatisé grave	0 %	8 %	29 %	63 %

2) portant sur l'ensemble des traumatisés crâniens

Durée	de 0 j à 1 mois	de 1 à 3 mois	de 3 à 6 mois	de plus de 6 mois
Traumatisme crânien isolé	73 %	20 %	6 %	1 %
Polytraumatisé léger	64 %	25 %	8 %	3 %
Polytraumatisé modéré	30 %	51 %	11 %	8 %
Polytraumatisé grave	0 %	8 %	42 %	50 %

.../...

b) Le taux d'IPP

Les chiffres suivants comportent des décimales car nous avons fait la moyenne des taux d'IPP attribués dans les différentes catégories envisagées.

Différentes catégories de traumatismes	Sujets présentant un syndrome subjectif	Sujets avec pathologie post-commotionnelle rapidement régressive ou paucisymptomatique	Ensemble des traumatisés crâniens
Traumatisme crânien isolé	5,3 %	0,1 %	2,2 %
Polytraumatisé léger	6,8 %	1,9 %	3,3 %
Polytraumatisé modéré	7,2 %	4,8 %	6,9 %
Polytraumatisé grave	23,5 %	23,0 %	24,0 %

B) CONSEQUENCES SUR LA VIE PROFESSIONNELLE

Elles sont d'une extrême importance.

Les troubles allégués par le malade lui ont-ils permis de reprendre le travail et si oui dans quelles conditions ?

Les résultats fournis par les expertises pratiquées 6 mois après la reprise du travail donnent les résultats suivants :

- dans 41 % des cas, les blessés ont repris leur travail de façon normale, aucun trouble appartenant au syndrome subjectif n'est retrouvé.

- dans 24 % des cas, la reprise du travail s'est effectuée, mais les sujets accusent des troubles mineurs, en général bien supportés, mais qui constituent parfois une gêne à l'accomplissement correct de leur tâche.

.../...

- Dans 24 % des cas, la reprise du travail s'est faite, mais des troubles majeurs, rattachés au syndrome post-commotionnel persistent. Leur intensité est parfois telle que les blessés doivent quitter leur ancienne profession et trouver un nouvel emploi qui risque d'être moins bien rémunéré.

- Chez 11 % des sujets, la reprise du travail n'a pu s'effectuer :
  - dans 5 % des cas par suite de la gravité du polytraumatisme
  - dans 6 % des cas du fait de l'existence d'un syndrome subjectif majeur.

Au total, nous voyons l'importance que prend ce syndrome sur le plan de la réparation, et sa fréquence nous fait augurer des sommes engagées. Nous voyons, d'autre part, les graves répercussions qu'il entraîne sur le plan de la vie professionnelle, puisque 30 % des traumatisés crâniens présentent un syndrome subjectif tel, que celui-ci constitue une entrave à l'accomplissement de leur tâche habituelle.

L'étude des dossiers d'expertises nous a révélé quel est le rôle joué par le traumatisme, il nous a montré l'influence de certains facteurs psycho-sociaux dans le développement de la symptomatologie fonctionnelle.

Nous avons vu, d'autre part, l'importance que prend ce syndrome en étudiant ses conséquences médico-légales et les conséquences qu'il entraîne sur la vie professionnelle des blessés.

Nous allons essayer de voir comment, et dans quelle mesure, l'on peut prévenir son apparition, pour cela nous avons considéré les résultats du Centre de CENAC, spécialisé dans la réadaptation des traumatisés crâniens.

II - RESULTATS DU CENTRE DE CENAC

Rappelons que c'est sur l'initiative du Pr. COHADON et grâce au concours d'une oeuvre privée à but non lucratif (l'Association pour l'adaptation des diminués physiques au travail) que s'ouvre en Août 1969, à CENAC (dans la banlieue de BORDEAUX), un Centre de réadaptation pour traumatisés crâniens.

Ce Centre prend en charge les traumatisés adressés par le Centre de traumatologie de l'Hôpital Pellegrin (Pr. agrégé P. Leman 33 Bordeaux) qui, du fait de la gravité ou du contexte particulier de leur lésion, paraissent spécialement exposés à une désadaptation ultérieure. L'on peut répartir en 2 groupes distincts les 800 blessés admis dans ce Centre durant 5 années de fonctionnement.

- les blessés graves présentant des séquelles organiques importantes et dont les problèmes posés par la rééducation neurologique et neuro-psychologique viennent au premier plan

- et les blessés légers posant avant tout des problèmes psycho-sociologiques et des problèmes de réinsertion sociale.

Ce second groupe, moins important que le premier puisqu'il ne comprend que 320 blessés, est celui qui nous intéresse dans le cadre de notre étude.

Nous allons successivement examiner les points suivants :

- principe de la réadaptation pratiquée par l'équipe du Centre de CENAC ;
- techniques mises en oeuvre à cet effet

et nous rapporterons les résultats obtenus par ce Centre spécialisé durant cinq années de fonctionnement.

1°- LE PRINCIPE DE LA READAPTATION

mis en application au Centre de CENAC a été défini par le Pr. COHADON :

> "Nous proposons seulement de prendre en charge de façon
> "minutieuse, complète et simultanée tous les problèmes
> "organiques, psychologiques, sociaux auxquels ce blessé
> "se trouve confronté en l'aidant par tous les moyens à
> "notre disposition, médicaments, psychothérapie indivi-
> "duelle, techniques de groupe, ergothérapie, assistante
> "sociale, à les résoudre ou à les assumer. Ceci jusqu'au
> "jour où le blessé estime lui-même avoir liquidé son
> "accident et être capable de reprendre une vie sociale
> "et notamment professionnelle normale."

Pour éviter l'apparition du syndrome subjectif, il faut donc prendre le sujet en charge à temps et sur tous les plans à la fois.

> "On peut schématiquement avancer que chaque blessé est,
> "d'une part, l'objet d'une prise en charge particulière
> "et personnalisée, que d'autre part il est assimilé à
> "une communauté de blessés, et soumis aux dynamismes
> "spontanés et induits de ce groupe, qu'enfin de façon
> "plus globale et plus diffuse il bénéficie de la part
> "de tous les membres de l'équipe, quelles que soient
> "leurs fonctions spécifiques, d'un ensemble cohérent de
> "comportement et d'attitudes composant une ambiance à la
> "fois dynamique et sécurisante qui constitue, ce qui
> "à posteriori et sans trop de prétention, on peut sans
> "doute désigner comme une thérapeutique institutionnelle."

.../...

2°- TECHNIQUES DE READAPTATION

- La prise en charge doit être immédiate et s'effectuer dès l'hospitalisation, pour être poursuivie au Centre spécialisé.

- L'on établit alors un bilan minutieux d'entrée comprenant

. un bilan organique avec examen neurologique approfondi et examens complémentaires.

. un bilan sociologique - C'est l'enquête de l'assistante sociale menée auprès de la famille, de l'employeur et sur les lieux de travail qui permettra de cerner la personnalité du sujet et de connaître la qualité de son insertion sociale.

. un bilan psychologique qui permettra de savoir, en essayant de reconstituer la façon dont le malade a vécu son accident, dans quelle mesure il est capable d'en assumer les conséquences.

Les Techniques de groupe

Elles sont nécessaires à la réinsertion du blessé. Toute l'équipe du Centre a un rôle important à jouer. Elle est constituée par :

. deux médecins neuro-psychiatres

. un neuro-chirurgien

. un moniteur éducateur qui propose aux blessés des activités de groupe ou des séances de travail où chacun peut se comporter avec ses possibilités.

. deux kinésithérapeutes assurent la rééducation des séquelles orthopédiques.

. une infirmière joue le rôle de confidente, écoute les plaintes des blessés et peut ainsi renseigner le médecin dans certains cas.

. une assistante sociale qui fournira tous les renseignements relatifs à la situation familiale et professionnelle du blessé et qui maintiendra ce dernier en relation avec son milieu. Elle veillera à ce que le retour au foyer se fasse dans les meilleures conditions possibles et envisagera quelles sont les meilleures possibilités de reprise du travail en prenant contact avec l'employeur.

. un directeur administratif.

.../...

Le médecin rendra sa présence aussi discrète que possible, de façon à estomper le climat proprement médical.

Le psychologue n'interviendra que dans la mesure où les tests psychométriques ou projectifs seront nécessaires pour résoudre certains problèmes.

Chaque membre de l'équipe s'efforce de redonner confiance aux blessés. Pour certains d'entr'eux, des activités de groupe leur sont proposées sous forme :

- de séances de gymnastique
- de sports (football, volley-ball)
- de jeux éducatifs

ou bien de sorties en groupe : des excursions sont organisées à cet effet.

Ainsi que le dit le Pr. COHADON : "c'est presque toujours "par le corps qu'il est plus aisé de saisir ces malades, souvent frustrés et peu disposés à verbaliser leur angoisse."

- A côté de ces techniques de groupe, chaque blessé a son cas étudié en particulier. Des séances de synthèses permettent de préciser la ligne de conduite à tenir envers les malades.

- Le Centre garde des contacts avec l'extérieur pour préparer la sortie du blessé dans les meilleures conditions possibles. Ce qui implique une communication avec la famille, le médecin traitant mais aussi le milieu professionnel.

Des week-ends à la maison sont prévus,dès que la réinsertion familiale est opérée on envisage la possibilité d'une reprise du travail à l'essai.

- La décision de sortie se fait après un séjour de 6 à 8 semaines, elle est proposée par le médecin, la famille, l'employeur, le médecin traitant étant prévenus. Elle se fait toujours avec l'accord du blessé quand celui-ci "estime avoir liquidé son accident et être capable de reprendre une vie sociale, professionnelle normales."

.../...

- La date de reprise du travail donne lieu à l'établissement d'un certificat par le médecin traitant après accord entre l'employeur et le blessé.

Cette reprise d'activité s'effectue le plus souvent quelques jours après la sortie du Centre et peut poser des problèmes du fait de la persistance de troubles fonctionnels authentiques, elle est alors réalisée de façon progressive, soit sous la forme d'une reprise à mi-temps après accord avec l'employeur (ce qui n'est pas toujours réalisable), soit sous la forme d'une reprise à plein temps sous "couvert du stage thérapeutique" : le blessé reprend son travail de façon normale, mais il est pris en charge par la Sécurité Sociale (l'employeur ne le paie pas).

Cette formule a donné d'excellents résultats.

- Tous les sujets seront revus en consultation deux mois après leur sortie.

- L'évolution du traumatisme crânien

Nous rapportons ici l'évolution typique d'un traumatisme crânien telle qu'elle est apparue à l'équipe de CENAC.

Lors de son admission, le blessé est désorienté : à l'hôpital, il était souvent négligé dans les services hospitaliers, vivait en pyjama, il se retrouvait en état de désarroi, de désoeuvrement. Au Centre, on lui propose une "activité physique occupationnelle" et on lui assure une prise en charge psychologique. Autour de lui, se trouvent des personnes plus handicapées et il peut juger de ce à quoi il a échappé. Le blessé va alors passer par deux périodes bien distinctes.

Dans une première période, il se rattache à l'infirmière, au médecin, leur raconte son accident avec force détails, leur fait part de ses angoisses, de ses craintes. La prise en charge est alors capitale, il faut rassurer le malade sur son avenir, essayer de dédramatiser son accident. Puis vient la seconde période où le blessé entre dans une phase de régression du comportement, avec haine et agression pour tout ce qui l'entoure. Habituellement, cette phase disparaît en

48 h, le sujet reprend confiance, considère son accident de façon plus objective, le dédramatise et s'intègre au groupe qui l'entoure. Dans certains cas, elle persiste, notamment chez les personnes âgées ou lorsqu'il existe des circonstances psychologiques particulières.

LES RESULTATS

que rapportent COHADON et COLL. portent sur 232 blessés (les femmes et les enfants de moins de 15 ans n'étant pas admis au Centre) appartenant à la catégorie des traumatisés crâniens légers, et pour lesquels on a un recul d'un an au minimum. Ces blessés furent reçus au Centre de CENAC entre le 1er Janvier 1970 et le 31 Décembre 1973.

Nous allons successivement envisager dans cette étude :

- les raisons d'admission de ces blessés
- les résultats donnés par leur bilan d'entrée
- puis nous examinerons chez ces malades l'apparition et l'évolution, au cours et après leur séjour, des plaintes qui constituent le syndrome subjectif.
- l'efficacité de la réadaptation sera jugée en prenant comme critère principal la reprise du travail.

A) Les raisons d'admission au Centre de CENAC

232 blessés (essentiellement des hommes adultes) furent admis au Centre. Parmi ceux-ci :

- 11,4 % présentaient des atteintes sensorielles à type de vertiges, de diplopie, dont on pensait qu'elles pouvaient être à l'origine d'un syndrome post-commotionnel.
- 25,0 % furent admis au Centre du fait de l'existence de lésions crâniennes opérées, graves aux yeux du malade et de sa famille et qu'il fallait dédramatiser.
- 50,4 % présentaient des antécédents psychiques ou organiques particuliers (éthylisme par exemple) et se trouvaient dans une situation conflictuelle à la fois familiale et professionnelle.

- 13,2 % présentaient un syndrome subjectif apparu durant leur hospitalisation dans le Service de neuro-chirurgie.

Chaque sujet posait des problèmes particuliers, le plus souvent d'ordre psychologiques et socio-psychologiques.

B) Bilan d'entrée

Les caractéristiques socio-professionnelles du groupe admis

- Age : La moyenne d'âge des blessés est jeune, ce qui facilite l'activité du groupe.

34 % de blessés ont moins de 20 ans
35 % " " entre 20 et 35 ans
19 % " " entre 35 et 50 ans
12 % " " plus de 50 ans (pour ces derniers, l'adaptation fut plus difficile).

- Professions et niveau scolaire

25 % de manoeuvres sans qualification
40 % d'ouvriers qualifiés
8 % d'agriculteurs
15 % de sujets en cours de scolarité ou en apprentissage
12 % exercent différents métiers avec qualification professionnelle.

Dans la majorité des cas, les blessés exercent des professions manuelles, et le niveau scolaire est plutôt faible puisque :

. 53 % des sujets ont interrompu leur scolarité avant 14 ans
. 31 % ont un diplôme de type C.E.P. ou C.A.P.
. 16 % ont des diplômes supérieurs

Détails des lésions qu'ils présentaient à l'entrée

. 56 % de fractures du crâne simples
. 10 % d'embarrures ou de fractures complexes opérées
. 7 % d'hématomes extra-duraux
. 4 % de plaies cranio-cérébrales opérées
. 23 % sans aucune lésion décelable.

.../...

Dans deux cas sur trois, il s'agissait de poly-traumatisés.

Lésions associées présentées par ces malades :

- 16 % présentaient des lésions orthopédiques plus ou moins graves et traitées.

- 19 % des lésions cochléo-vestibulaires isolées.

- 8 % des lésions ophtalmologiques isolées

- 8 % des lésions orthopédiques et sensorielles

- 3 % des lésions sensorielles ophtalmologiques et cochléo-vestibulaires associées.

Comportement du malade vis à vis de son traumatisme

- 39 % des blessés présentent une attitude adaptée et décrivent de façon objective les circonstances de leur accident.

- 20 % des blessés présentent une attitude de "scotomisation", refusent de donner des éclaircissements sur leur accident en alléguant l'amnésie post-traumatique.

- 31 % des malades ont une attitude anxieuse (décrivent leur accident avec force détails) et considèrent l'avenir sous un jour pessimiste : il leur semble impossible de reprendre une vie normale.

- 10 % des blessés présentent quant à eux une attitude franchement dépressive, avec tristesse, inhibition, régression du comportement, manque de confiance en soi, et incapacité totale pour entreprendre quelque chose.

Au total, on peut considérer que les techniques de réadaptation vont porter sur une population jeune, au niveau intellectuel faible, exerçant des professions manuelles, et sur des sujets porteurs de traumatismes qui ne sont pas à proprement parler bénins puisqu'ils ont nécessité l'admission pendant au moins 48 h dans un Centre de neuro-chirurgie.

Les sujets sont donc sélectionnés à l'entrée et le Centre accueille seulement les plus aptes à faire un syndrome post-commotionnel.

C) Apparition et évolution des signes fonctionnels au cours et après leur séjour en Centre spécialisé.

Les signes fonctionnels apparus constituent habituellement le syndrome subjectif. Les blessés se plaignent le plus souvent :

- de céphalées et de vertiges
- de troubles de la mémoire et de l'idéation
- d'asthénie et de plaintes variées sans support organique et centrées sur la sphère céphalique.

Tous les blessés furent revus après leur sortie, 198 blessés sur 232 (85,3 %) avaient repris leur travail, revus 6 mois après à l'occasion d'une nouvelle consultation, 30 % d'entr'eux alléguaient des troubles qui, dans la majorité des cas, étaient isolés :

- dans 16 % des cas : présence de céphalées
- dans 10 % " : faux vertiges
- dans 4 % " : difficulté de mémoire
- dans 5 % " : irritabilité
- dans 7 % " : adynamie

Dans tous les cas, le blessé considère son trouble comme la conséquence normale et peu grave de son accident, il n'y accorde pas une importance exagérée et ce trouble n'a aucune répercussion sur son psychisme ; comme le dit le Pr. COHADON : "ce n'est pas la plainte "fonctionnelle qui constitue le syndrome post-traumatique redoutable, "invalidant coûteux, c'est la façon dont cette plainte le plus souvent, "envahit la personnalité toute entière, éteint son dynamisme, ferme "ses perspectives. Dans cette différence fondamentale s'inscrit croyons "nous la réalité du processus de réadaptation."

On ne peut donc parler à propos de ces 30 % de blessés de syndrome subjectif.

.../...

Pour juger de façon globale de l'efficacité de la réadaptation nous avons choisi comme critère la reprise du travail. Nous laissons au Pr. COHADON le soin d'expliquer pourquoi :

> "La philosophie implicite de l'A.D.A.P.T. signifiée par le "nom même de cette association a toujours été de conduire les "handicapés qu'elle prenait en charge, jusqu'à la reprise d'une "activité professionnelle. Nous avons fait nôtre cette attitude, "non que la reprise du travail nous apparaisse comme un but en "soi, mais bien plutôt qu'elle soit attendue comme le signe le "plus tangible et le plus fidèle d'une réadaptation réussie du "sujet à son environnement. Nous dirons donc d'un blessé qu'il "a liquidé son traumatisme lorsqu'il a repris son travail d'une "façon stable, sans arrêt secondaire, lié aux conséquences de "l'accident quelles qu'elles soient."

- Nous avons vu que 85,3 % des sujets admis à ce Centre avaient repris leur travail, dans chaque cas il s'agissait d'une reprise stable. Parmi ceux-ci :

- 70,5 % avaient repris le travail avant 3 mois
- 14,5 % " " " entre 3 et 6 mois
- 15,0 % " " " entre 6 mois et 1 an

Il faut souligner la difficulté d'établir une date correcte de reprise du travail : trop précoce, elle entraîne des difficultés à l'accomplissement correct du travail, trop tardive, elle risque de poser des problèmes de réadaptation. Les responsables du Centre mettent en garde contre une trop longue période d'inactivité et préconisent une reprise du travail à mi-temps pendant un ou deux mois. Cette solution n'est possible qu'en accord avec la Sécurité Sociale et les employeurs, elle est actuellement pratiquée dans de nombreux pays.

- Dans 14,7 % des cas (34 blessés sur 232), la reprise du travail n'a pas eu lieu.

Il est intéressant d'examiner ces cas en détail :

. Pour 16 d'entr'eux (soit 6,9 %), il semble s'agir d'un réel échec du traitement pratiqué au Centre.

. 6 blessés ne purent reprendre leur travail habituel du fait de l'existence de séquelles invalidantes.

.../...

. dans 5 cas, ce sont des troubles psychiatriques graves qui sont à l'origine de la situation.

. enfin, dans 2 cas, il s'agissait, d'une part, d'un sujet de 68 ans comitial qui a présenté ultérieurement une atrophie cérébrale confirmée par l'encéphalographie gazeuse, d'autre part, d'un retraité de 65 ans qui a manifesté d'emblée une structuration sinistrosique, ces deux cas étant différents du syndrome subjectif.

. Un sujet présentant un infarctus du myocarde était déjà en invalidité complète.

. Un sujet est mort quelques semaines après sa sortie du Centre d'une crise cardiaque.

. Trois sujets vivaient auparavant en marge de la Société et entendaient le rester (2 clochards et 1 chômeur professionnel).

TROISIEME PARTIE

D I S C U S S I O N

I - OBJET ET LIMITES DE LA DISCUSSION

A la lumière des résultats obtenus par un Centre spécialisé dans la réadaptation des traumatisés crâniens, peut-on conclure qu'il est possible de prévenir ou de réduire dans son expression le syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne, en employant une méthode thérapeutique différente de celle habituellement utilisée.

Nous avons d'abord rapporté quelques éléments tirés de l'analyse de 567 dossiers d'expertises concernant des traumatisés crâniens, pour la plupart relatifs à des accidents de la voie publique, en éliminant les sujets de moins de 18 ans.

Nous avons ensuite exposé les résultats obtenus par le Centre spécialisé de CENAC.

Avant de procéder à la comparaison de ces deux catégories de malades, il est nécessaire de savoir dans quelle mesure ils sont comparables.

Nous avons vu que ces malades n'ont pas la même origine - en effet, puisque tous les malades étudiés dans les dossiers d'expertises venaient d'un Service de chirurgie générale - alors que les malades traités à CENAC sont recrutés exclusivement dans un Service de Neurochirurgie. Ce premier point donne déjà une différence dans l'appréciation de la bénignité des lésions.

D'autre part, au début de cette étude, nous avons montré que la fréquence de survenue du syndrome subjectif des traumatisés du crâne pouvait être influencée par des facteurs personnels (âge, sexe, ethnie, niveau intellectuel) et des facteurs socio-professionnels. Le recrutement du Centre de CENAC tient compte de ces critères de sélection et s'adresse donc à des malades étant les plus aptes à décompenser un syndrome post-commotionnel.

Bien que la nature du recrutement soit différente dans les deux catégories, il est certain que si les résultats acquis à CENAC sont supérieurs à ceux obtenus par ailleurs, on pourra raisonnablement les porter au crédit de la méthode employée.

.../...

II - ELEMENTS DE COMPARAISON

Le critère choisi pour apprécier de façon globale l'efficacité de la réadaptation dans la population étudiée, a été la reprise du travail.

A) Le premier chiffre pris en considération est le pourcentage de sujets qui n'ont pas repris leur travail.

L'étude des dossiers d'expertises fait ressortir que 11 % des sujets n'ont pas repris leur travail. Ce chiffre est de 14,7 % pour les malades traités à CENAC. On voit donc que la réadaptation pratiquée à CENAC ne modifie pas de façon notable le nombre de malades pouvant reprendre leur activité professionnelle.

B) Si l'on examine, maintenant, la date de reprise du travail en tenant compte de la gravité du traumatisme initial, nous voyons que parmi les malades étudiés dans les dossiers d'expertises :

- En cas de traumatisme crânien isolé :
  78 % ont repris avant 3 mois
  14 % entre 3 et 6 mois
  8 % à plus de 6 mois

- Dans le cas de polytraumatisés légers, les chiffres sont identiques aux précédents :
  78 % avant 3 mois
  14 % entre 3 et 6 mois
  8 % à plus de 6 mois

- Dans le cas de polytraumatisés modérés :
  56 % reprennent avant 3 mois
  25 % entre 3 et 6 mois
  19 % après 6 mois

Chez les malades traités à CENAC :

70,5 % ont repris avant 3 mois
14,5 % entre 3 et 6 mois
15,0 % à plus de 6 mois

Si l'on considère que les malades recrutés à CENAC correspondent pour la plupart aux groupes de traumatisme crânien isolé ou polytraumatisés légers des dossiers d'expertises, il ressort de cette étude que les résultats obtenus dans un Centre de réadaptation sont sensiblement superposables aux précédents, et que le traitement du Centre de CENAC n'a pas d'influence sur la date de reprise du travail.

C) Par contre, la valeur de la thérapeutique envisagée à CENAC nous apparaît indiscutable en ce qui concerne la qualité du travail.

En effet, les dossiers d'expertises font ressortir que si 41 % des malades peuvent reprendre leur travail de façon tout à fait normale, 48 % ont présenté des troubles à cette occasion, et la moitié de ceux-ci (soit 24 % du total) furent handicapés de façon majeure, par un syndrome post-commotionnel intense, nécessitant parfois un reclassement.

Par contre, parmi le groupe de malades traités à CENAC, 85,3 % des sujets reprirent leur travail de façon satisfaisante, et si pour 30 % d'entr'eux, on ne peut parler de reprise du travail tout à fait normale, les quelques troubles mineurs et isolés (presque toujours un seul symptome est avancé) qu'ils présentèrent leur permirent toujours d'exercer leur travail d'une manière stable et ne constituèrent jamais un syndrome post-commotionnel, car dans tous les cas le syndrome présenté par le blessé est tenu à distance et apprécié à sa juste valeur ; c'est la conséquence normale et minime de son accident.

Il est donc évident que les méthodes de réadaptation pratiquées par le Centre de CENAC, si elles semblent sans effet sur 14,7 % des blessés qui ne peuvent reprendre leur travail (pourcentage que l'on retrouve à peu près identique dans le tout venant), elles sont par contre d'une remarquable efficacité sur la qualité de la reprise du travail, puisqu'elles évitent le développement d'un syndrome subjectif qui handicape habituellement près de 1/4 des traumatisés du crâne dans leur vie quotidienne.

VALEUR DE LA THERAPEUTIQUE PRATIQUEE A CENAC

I - SUR LE PLAN THEORIQUE

Dans notre étude, nous avons noté les liens étroits qui existent entre le syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne et le contexte psycho-socio-professionnel, or le Centre de CENAC s'attache à traiter le problème de chaque malade dans sa totalité ; en effet, ceux-ci peuvent y être traités médicalement, tous les déficits vont être rééduqués de façon spécifique, mais surtout la méthode appliquée permet :

- une prise en charge individuelle

- une psychothérapie de soutien cherchant à rassurer, à sécuriser le malade sur la signification des différents troubles qu'il présente.

- une action au niveau de l'entourage, en avertissant la famille, le médecin traitant, du but recherché par le Centre. Un week-end de sortie sera aménagée en vue de faciliter la réinsertion du malade dans son milieu familial.

D'autre part, la méthode de réadaptation mise en application au Centre s'attache à déterminer ce qu'il reste "de normal chez le blessé" et à investir sur "ce qui va l'aider à progresser".

La phase de régression présentée par le sujet dès son arrivée au Centre va toujours être respectée. L'équipe n'interviendra pas à ce moment-là, c'est au malade et à lui seul que revient le soin de sortir de son "repli" et de s'ouvrir vers l'extérieur.

Le Professeur COHADON a ainsi défini la méthode de réadaptation comme étant "non pas une action thérapeutique transitive que l'équipe soignante imposerait à un sujet vaguement consentant, mais comme un progrès et une démarche personnelle que le sujet accomplit lui-même, affronté au groupe des autres blessés, soutenu par une équipe très attentive mais discrète, non directive et limitant toujours ses interventions au juste nécessaire."

La réadaptation pratiquée à CENAC est une inovation fondamentale qui paraît la plus satisfaisante, jusqu'alors proposée pour la prévention et le traitement du syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne.

.../...

II - SUR LE PLAN PRATIQUE

Les résultats obtenus par un Centre spécialisé ont-ils répondu aux espoirs que l'on pouvait en attendre à partir d'une conception théorique séduisante ? Notre réponse sera affirmative.

En effet, malgré la prudence avec laquelle il faut faire des comparaisons, le fait qu'aucun des malades traités à CENAC et ayant repris son travail n'a présenté de syndrome subjectif, alors que chez les sujets n'ayant pas séjourné en Centre spécialisé, près d'un quart ont repris leur activité avec des troubles importants, est suffisant en soi pour emporter la conviction.

Les chiffres suivants démontrent de façon encore plus nette l'efficacité de la réadaptation, puisque d'après les dossiers d'expertises 65 % des sujets ont repris leur activité professionnelle de façon normale contre 85,3 % des blessés traités dans le Centre spécialisé de CENAC.

Le traitement à CENAC a cependant des limites, nous l'avons vu notamment en considérant le nombre de sujets n'ayant pas repris leur activité professionnelle qui est pratiquement identique à celui obtenu dans d'autres circonstances.

Mais il faut remarquer que ces sujets étaient :

- soit des personnes âgées supportant moins bien les conditions requises pour la réadaptation et posant des problèmes particuliers, elles n'avaient d'ailleurs pas à satisfaire aux exigences d'une reprise de travail ;

- soit des sujets présentant des troubles psycho-pathologiques graves, ayant déjà fait l'objet d'un traitement psychiatrique et dépassant de ce fait les possibilités de prise en charge. Ceci permet de mieux comprendre les difficultés de réinsertion présentées par ces blessés.

Ces considérations associées au fait que le syndrome post-commotionnel est exceptionnel chez l'enfant conduit à réserver essentiellement cette méthode thérapeutique de réadaptation aux sujets jeunes ou d'âge moyen exerçant le plus souvent des professions manuelles.

.../...

CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons rappelé les principaux caractères cliniques du syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne et nous avons montré qu'il ne fallait pas s'attacher à une théorie uniciste, purement organique ou anorganique, mais qu'il fallait retenir l'idée que ce syndrome était constitué de "deux séries d'éléments, d'une part de lésions organiques de base, d'autre part des facteurs psycho-sociaux qui interviennent pour modifier les conséquences de ces lésions organiques, déterminer l'intensité de leurs manifestations fonctionnelles et leur conférer un caractère affectif personnel." En retenant cette théorie et à l'appui des résultats obtenus au Centre de CENAC, nous avons pu mesurer l'intérêt d'un traitement qui s'attache à considérer le problème dans son ensemble et qui essaie d'avoir une action à la fois sur le plan médical, sur le contexte personnel et socio-professionnel.

Après avoir souligné toutes les conséquences que pouvait entraîner ce syndrome dans la vie quotidienne des sujets et notamment, en empêchant la reprise du travail ou en gênant considérablement l'exercice de celui-ci, nous avons montré l'efficacité d'un traitement dans un centre de réadaptation. On ne saurait trop mettre l'accent sur l'importance du syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne, tout d'abord pour la société qui fait les frais de la réparation financière, mais surtout pour le blessé qui devient un sujet mal réinséré dans son milieu professionnel et familial - dont le cas est souvent mal compris par l'entourage, ce qui suscite chez lui les plus grandes souffrances affectives - tout cela,nous l'avons vu, aggrave d'autant plus ce syndrome.

L'attitude qui consisterait à admettre de manière systématique tout traumatisé du crâne dans un centre de réadaptation paraît excessive, car les frais d'une telle opération seraient énormes, et de plus certains sujets ne paraissent pas pouvoir en bénéficier. Cependant, nous avons vu que certains facteurs (âge, sexe, niveau intellectuel, ethnie) avaient une influence sur la fréquence de survenue du syndrome et qu'on pouvait sélectionner des blessés les plus aptes à le développer.

.../...

Il paraît donc raisonnable aujourd'hui de proposer un séjour dans un Centre de réadaptation aux malades qui rentrent dans ces critères de sélection qui pourront être élargis avec le temps et la multiplication de ces Centres.

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABOULKER P. et LAURENT J.G.

Premières données électro-nystagmographiques apportées par l'étude de 400 cas de traumatisme crânien.
Rev. oto-neuro-opht. Juil.Août 1967, 39, n° 5, 252-269 16 fig.

2 - AUBERTIN E.

Le syndrome post-commotionnel des traumatismes crâniens.
Bordeaux Méd. Oct. 1972 (n° 1) - 5 n° 15 1919-1920

3 - BABULE A.

Evolution du syndrome subjectif des traumatisés crâniens. Etude clinique, audiométrique, électronystagmographique (à propos de 10 cas traités par le Sulpiride)
Thèse PARIS 1971 n° 159 - 42 pages

4 - BALLIVET J. et MARIN A.

Propos sur le syndrome subjectif des traumatisés crâniens
Journal de Médecine de Lyon 20.10.65 - 46 n° 1085 p. 1655-1668

5 - BALLIVET J., BERGEROT A., MARIN A., REPOLT J.

Considérations sur le pronostic des Traumatismes du crâne en fonction des données EEG. Approche du syndrome subjectif.
Gaz. Med de France - 10 Nov.1965 - 72 n° 3 433-441

6 - BEAUSSART M. et BEAUSSART-BOULENGE L.

Syndrome post commotionnel et E.E.G. - Corrélation dans 3100 cas
Revue neurol. sept. 1969 - 121 n° 3 - 325-326

7 - BEAUSSART M. et BEAUSSART-BOULENGE L.

Problèmes posés par l'E.E.G. des syndromes post commotionnels.
Revue Neuro Juin 70 122 n° 6 397-398

8 - BERLIOZ C.

La Sécurité Sociale a-t-elle un point de vue ? (sur le S.S.T.C.)
Concours médical 12 Déc. 1964 - 86 n° 50 7129-7133

9 - BLANC C.

E.E.G. et syndrome subjectif des traumatismes cervico-crâniens
Concours Méd. 1964 12 7117-7129

10 - BONDVELLE M. et MUNDLER B.

Les séquelles tardives des traumatismes crâniens. Le syndrome subjectif post commotionnel.
J.Med. chir. prat. avril 1958 129 n° 10, 435-445

11 - CASTETS B.

Traumatismes bénins du crâne et syndrome subjectif.
Etude clinique et thérapeutique à propos de 450 observations.
Presse méd. 17 Oct.1959 - n° 48, 1780-1781 (Bibliogr.)

.../...

12 - CASTETS B.

Traumatismes bénins du crâne et syndrome subjectif. Etude clinique et thérapeutique à propos de 450 observations
Presse méd. 17 Oct. 1959 - n° 48, 1780-1781 (Bibliogr.)

13 - COHADON F. et COLL

Réhabilitation des traumatisés crâniens - Réadaptation, Juill. 1971, n° 182, 3-13

14 - COHADON F. et COLL

Réhabilitation des traumatisés crâniens - Résultats de la première année de fonctionnement d'un centre spécialisé.
Neuro-chirurgie, Juil.-Août 1971, 17, n° 4, 323-339

15 - COHADON F., HUBERT LM, RICHER E.

La réadaptation des traumatisés crâniens "légers"
BORDEAUX médical 1972, 5, 1021-1035

16 - COHADON F., HUBERT LM, RICHER E.

La réadaptation des traumatisés crâniens.
Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine
1973 - 157 62-67

17 - COHADON F. et COLL

Possibilités et limites de la réadaptation des traumatisés crâniens dans la prévention du syndrome subjectif post-traumatique.
Rapport du Congrès de Lyon 17 Janvier 1975.

18 - COHADON F., HUBERT LM, RICHER E.

Possibilité d'une thérapeutique institutionnelle en centre spécialisé dans la prévention des séquelles subjectives des traumatisés crâniens
Ann. med. psychol. Mars 1972 - 1 n° 3 - 424

19 - COLLARD M.

Le sd post commotionnel
France Médicale Fév.1968 - 31 n° 2 87-91

20 - COLLARD M.

III Actuel du sd post-commotionnel.
J.Med. Strasbourg Oct.1972 - 3 n° 10 - 755-759

21 - CONSTANS J.P. et PUECH J.

III du syndrome subjectif des traumatisés du crâne
Sem. Hop. Paris 18-28 Août 1958 - n° 69-70, 2081-2083

22 - DE COSTER J.

Le syndrome post-commotionnel
Acta oto rhino laryng belg. 1974 - 28 n° 6-7 761-768

23 - DONGIER M.

Le syndrome subjectif des traumatismes crâniens envisagé sous l'angle psycho-pathologique.
Acta. orthop. belg. 1965 31 n° 6 954-959

.../...

24 - FIORENTINI H.

Réflexion sur le concept de syndrome subjectif post traumatique
Arch. Mal. prof. Janv.Fév. 1968 - 29 n° 1-2, 55-59

25 - FIORENTINI H.

A propos du syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne.
J.méd. Paris, 1967, 87 n° 12 289-296

26 - FIORENTINI H.

Intrication du facteur éthylique et du traumatisme dans l'appréciation de certains syndromes subjectifs post-commotionnels.
Ann. med. psychol. Mars 1970 - 128 - n° 3, 474.

27 - GABERSEK U. et GHILONI H.

L'électronystagmographie dans les traumatismes crâniens.
Revue Neuro. Juin 1970 - 122 n° 6 - 398-403

28 - GAILLARD A.

Propos sur la prévention du syndrome subjectif des traumatisés cranio-faciaux.
1° Congrès stomat. et Chir. max. fac. Paris sept. 1973
Revue stomat. Paris - Mars 1974 - 75 n° 2 - 461-463

29 - GIRARD PF, BOURRET J. et VEDRINNE J.

Syndrome subjectif et névroses post-traumatiques
Lyon - med. 24 Sept. 1972 - 228 n° 14 149-165

30 - GIVRE A.

Importance de la scintigraphie cérébrale dans le sd post-commotionnel enquête médico-légale.
Rev. esp. oto neuro oftal. Mars Juin 1973 - 29 - n° 180- 81, 89-95
14 fig.

31 - GUERRIER Y. et BASSERES F.

Intérêt médico-légal de l'électronystagmographie dans l'exploration des traumatismes crâniens.
Ann. Méd. légale déc. 1967 47 n° 7 817-825 (Bibliog.)

32 - HABAR J.M.

Le syndrome post-commotionnel du traumatisme crânien et sa réadaptation.
Dipl. d'Etud. Médic. relatives à la réparation juridique du dommage corporel. - Année 1971-1972

33 - HAGEN MULLER D.

Le syndrome post commotionnel
J. Med. Nord-Est - Mai 1972 - 9 - n° 5 - 33-43

34 - HOUDART R., CATHALA F., PIALOUX P., RABY D., FONTENELLE P., VOLLMED D.

Le praticien devant le syndrome subjectif des traumatisés du crâne. Essai d'interprétation pathol. et conséquences thérapeutiques.
Presse Medi. 1974 - 9 - 449-452

35 - INGLEBERT G.

Contribution à l'étude de l'électro-encéphalographie dans le syndrome dit "subjectif" des traumatisés du crâne
A propos de 475 cas - Thèse Paris 1972 n° 64 (41 pages) .../...

36 - KAY D.W.K., KERR T.A et LASSMAN L.P.

Traumatisme cérébral et syndrome du "post commotionnel"
Lancet, 13 Nov.71 - 11 n° 7733 1052-1055 - 7 Tabl. (Biblio.)

37 - LAPLANE D. , ZARIFIAN E.

Le syndrome subjectif des traumatisés du crâne.
Revue Prat. (Paris) 1er Juin 1974 - 24 n° 31 2775-2792 (Bibliogr.)

38 - LAFON R. et LABAUGE R.

Le syndrome subjectif commun des traumatisés crâniens - Les incidences médico-légales sociales et économiques.
Montpellier med. Janv.1955 - 48 - n° 1 - 68-73

39 - LAFON R., LABAUGE R. et BOYER S.

Le syndrome subjectif des traumatismes du crâne II - Aspects cliniques et évolutifs.
Revue oto neuro ophtal. 1954 - 26 - n° 7 396-403 (Bibliog.)

40 - LEWIN W.

Rééducation après traumatisme crânien.
Brit. Med. J. 24 Fév. 1968 - 1 n° 5590, 465-470 (Bibliog.)

41 - MASQUIN H.

Après l'accident : à propos du syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne.
Gaz. med. France - 18 Juin 1971 - 78 - n° 24 - 3897-3904

42 - MAURY M. ANDRE B., LACOMBE M. et LUCET G.

La rééducation des traumatisés crâniens -
Ann. Med. phys. 1970 - 13 - n° 1, 47-58 - 8 tabl.

43 - MIGNARDOT J. et JALLADE S.

Le syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne.
Le Journal de Médecine de Lyon 5 Avril 1968 - 651-668

44 - MOSINGER M. et FIORENTINI H.

Le problème de l'objectivation des troubles subjectifs dans le syndrome post traumatique crânien ; point de vue médico-légal.
Ann. méd. psychol. Juill. 1960 - 118 n° 2 351

45 - MULLER G.

Le syndrome subjectif post traumatique (incidence neurol. psychiques et sociologiques) à propos d'une série de 1925 traumatismes crâniens.
Ann. Med. psycho. déc. 1971 - 2 n° 5 747-748

46 - PIERQUIN L., PERNOT Cl., CHARPENTIER J.

La réadaptation des traumatisés cranio-cérébraux à NANCT 1954-1959
A rch Mal. Prof. 1961 22 532-537

47 - PIGANIOL G., HATOY D. et de PONTVILLE M.

Le syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne.
Gazette des hôpitaux, n° 28 - 10 Oct. 1969, 765-772

.../...

48 - PROTEAU J.

Le syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne.
Vie Médi. 3 Déc. 1969 - 50 n° 41 5285-5292

49 - PROTEAU J. et MELENNEC L.

Aspects cliniques et médico-légaux du syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne.
Santé Publique 1972 - n° 339 11-16

50 - PRADAT P., LECLERCQ A., SEMETTE D., PROTEAU J.

Le syndrome subjectif des traumatismes crâniens.
Gaz. med. France 15 Sept. 1970 - 77 n° 23 4887-4894

51 - ROUZAUD M. et LUTTIER J.

Les facteurs psychologiques et psycho-sociaux dans la réadaptation des traumatismes crâniens.
Arch. Mal. prof. Oct. 1961 - 22 n° 10 525-527 (Bibliogr.)

52 - SIVADON A., SEVILEANO E., DELMAS R. et LAMBERT-TROLAT D. (Mme)

Quelques aspects du problème des traumatisés crâniens dans l'industrie du bâtiment et travaux publics.
Arch. Mal. prof. Oct. 1961 - 22 n° 10 - 548-550

53 - SIMONOVIC M.

La fatigue auditive dans le diagnostic
et le pronostic de la pathologie post commotionnelle.
J. Franç. Oto rhino laryng. Fév. 1972 21 n° 2 145-150

54 - SOULAIRAC A., BARON J.B. et FILLIOZAT R.

Objectivation des troubles de l'équilibre dans les syndromes subjectifs des traumatisés crâniens - Considérations médico-légales -
Ann. Med. légale nov. dec. 1965 - 45 n° 6 541-544

55 - SOULAIRAC, BARON J.B.

Perturbations posturales d'origine oculo-motrices au cours du syndrome post-commotionnel.
J. Agrégés Av. 1972 5 n° 4 209-213 (Bibliog.)

56 - SPERLING E.

Problèmes de la réadaptation des traumatismes crâniens.
Evo. méd. Oct-Déc.1967 - 11 n° 4 369-272

57 - THIRY S., TINANT M., WOUTERS J. et WATILLON M.

Etude clinique, - EEG - ophtalmologique, oto-rhino-laringologique de 400 malades présentant un syndrome subjectif des traumatisés du crâne (suite et fin).

Acta chir. belg. Mai 1954 53 n° 5 517-543, 12 fig.
Acta chir. belg. Juin 1954 46 n° 6 598-633 - 16 fig. (Bibliog.)

58 - WACKENHEIM A.

Le Centre européen de traitement et de réadaptation des traumatismes crâniens de Hochfelden (Bas-Rhin)
J.Med. Strasbourg Fév. 1972 - 3 n° 2 137-139